

VII 研究協議会（平成 18 年度）から

発達障害のための早期からの総合支援システム

～発達支援スターターシステム0－8～

Early Intervention System for Children with Developmental Disabilities, 0 to 8th

兵庫教育大学

柘植 雅義

※本稿は、平成18年12月16日に行われた、独立行政法人国立特殊教育総合研究所による研究プロジェクト研究「発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究」の協議会で、筆者が行ったプレゼンテーションを元に提言の形で作成した。

1. システムのコンセプト

生後（あるいは発見後）から学校に入るまでの発達障害児本人とその家族を包括的に支援する、教育、医療、福祉などの部局横断型のシステムを構築する必要があるだろう。

発達障害のために、現行の（既存の）1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断をどのように機能アップ、あるいは修正するか、という視点からの検討だけではなく、そもそも発達障害の子どもに必要な早期発見や早期支援として必要なものは何か、といったゼロからの視点から検討を進めることも重要であろう。

その上で、以下の点を大切にしたい。

- ・現行の1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断などを含む発達障害の「総合的な支援システム」の構築を目指す。
- ・対象児のみならず、その家族も含めた「家族支援システム」にする。
- ・現行の様々な支援ツールを整理・統合するのみならず、必要な事項を新たに追加し、さらに、それらの再構築とネットワークの構築を目指す。
- ・本システムは、障害があるなしに関わらず、子育てをする我が国の全ての家族にとって、よく知られたもの、なくてはならないものとしていく。（現行の母子手帳を改良したものの一部に位置づけるか）

2. システムの内容

IDの発行(Certification)

発達障害者も、一人一人そのニーズの状態は様々であり、場合によっては、他の障害と同様に、障害者手帳が必要か、あるいは、現行の障害者手帳ではない新たな別の形のものが必要か。「発達障害児（者）の障害者手帳はどう考えるか？」は別の問題として、何らかの支援が必要な発達障害児に発行し、様々なサービスを受ける際の認証（サーティフィケーション）として機能させることはできないか。その際には、どのようなサービスがどのくらい必要かの判断システムの構築が必要であろう。また、IDを持つ者の「総称（愛称）」をどうするか。馴染みやすい、「ほのぼの」としたものと良いが。

5歳児あたりの健康診断の導入

生後（あるいは発見後）から、就学前の4～6歳までの間、もしくは、就学して数年間までをカバーするものとして創設する必要があるか。鳥取県、長野県駒ヶ根市、横浜市などでは、5歳児辺りでの健康診断の導入、もしくは何らかの発見・支援に関する仕組みを導入している先進事例がある。

5歳児健診について、医学面からの妥当性はどうか？ 先進的な取り組みが既に進む鳥取大学などでの

妥当性と有効性を確認すればよいのではないか。また、地域内の全児童を対象にして実施する歳の、コスト面（あるいは、コストパフォーマンス）の問題、保護者の理解推進の問題、そして、就学前に行われる就学時健康診断との関係をどう整理するか、などの整理すべき問題がある。

就学時健康診断の機能アップ

知的障害のない発達障害（LD・ADHD・高機能自閉症等）への対応が急務であり、発達障害者支援法が生涯に渡って支援することを求めたことなどから、小学校入学後からではなく、入学前の段階から必要な支援を行う体制作りが必要である。また、特別支援学校が適かどうかだけでなく、通級指導教室や特別支援学級での支援の必要性まで明らかにできないか。つまり、「どのような学校が適か」ではなく、まずは、どのようなニーズがあり、そのためにどのような対応（サービス）が必要か、という考えが大切であろう。

なお、就学時健康診断を、親のみの判断で受けない場合も（多々）あるとすれば、明確な義務付け、もしくは、受けることのメリットの丁寧な広報が必要か。

毎年の（学校で行う）健康診断の修正

就学後に行われる、毎年の健康診断を実り多いものにできないだろうか。これについては、各小・中学校等において設置されている特別支援教育に関する校内委員会（子どもの気付きや実態把握、支援の在り方を検討する委員会）との十分な連携が必要か。また、学校医の、発達障害に関する理解推進や、最小限の専門性の向上なども課題か。さらに、必要に応じた、学校医の校内委員会への参加も可能か。

「個別の支援計画」の活用

本システムにおいて、関係機関や関係者を結ぶ、最も基本的で中心的なツールとして位置付ける。これは、保護者が参画して作成するもので、自治体によっては、保護者が携帯するようにしている。この支援計画をさらに充実させていく歳に、現行の母子手帳との関係の整理が必要であろう。あれこれ、複数の、部署毎が作成する〇〇手帳などがある状態ではなく、子育てをする家族には、全てが何か「一つ」を携帯し、その中に必要な情報やツールを盛り込めるようにする（現行の母子手帳の発展的解消か?）。その際に、どのような機能や役割を持たせるか、名称をどうするか、などの問題がある。また、先ほどの、IDとの関係をどうするか。いずれにしろ、支援計画については、何らかの明確な法的位置付けが必要か。その際には、文部科学省、厚生労働省の双方の立場からの検討が必要か。

「個別の指導計画」の活用

幼稚園や小学校においては、個別の教育支援計画と共に、実際の指導の際の必需品として、本システムの一つのツールとして位置付ける。校・園間の引き継ぎの際に活用すべき必需品として機能させる。これについても何らかの法的位置付けが必要か。

「個別の指導計画」の総合的管理・運用（品質管理）機構が必要

「個別の指導計画」については、各幼稚園・小等が作成し管理するが、計画の一定レベルの質の確保や、運用上のトラブル防止などの視点から、市町村単位として何らかの総合的な管理・運用の仕組みが必要か。それにより、安心して、作成と運用に取り組めると考える。評価機能も必要か。

発達障害児の支援の必要度の階層

知的障害のない発達障害（LD・ADHD・高機能自閉症等）の児童生徒が6%程度の割合で存在する

ことが示唆された調査結果が、文部科学省から示されているところであるが、その児童生徒一人一人のニーズは多様である。したがって、支援の必要度の階層を明確にして対応することが大切である。

以下に、例として、5段階の階を示す。

<レベル1> 担任の配慮のみでOK

<レベル2> 校内委員会での検討の対象となる児童生徒

<レベル3> 通常学級でのティームティーチングなどの工夫。「個別の指導計画」を要求。保護者の同意を求める。

<レベル4> 専門家チームからの支援を求める。市町村（場合によっては県レベルの支援を求めることから）この時点でIDを配布。

<レベル5> 通級による指導を受ける。あるいは、特別支援学級の活用。

教育的支援の連続性と継続性

校・園種問わず、公立・私立を問わず、また、就学前であれば、幼稚園・保育園を問わず、共有して提供される同様の支援システムを構築することが必要。（現行は、個々で行われていたり、不連続になってしまっていたりする。）

就学前後あたりのみならず、できれば幼稚園、小・中学校から高等学校（高等専門学校を含む）、大学（高等教育機関）まで一貫していること。

例として、「取り出し指導」という視点からでは、幼・小・中・高を通して、全て「通常学級」と「特別支援教室」（仮称）で対応するような制度にならないか（幼稚園では既に、小・中と同様の「取り出し指導」の仕組みを独自に作り、実践している蓄積がある）。

親の参加・協力（権限）

特別支援教育の推進では、親の参加・協力がますます重要になる。例えば、個別の指導計画の作成時（例えば、児童生徒の実態把握）における情報の提供など、また、個別の支援計画の策定時（保護者の参画）、その他。

改正された学校教育法施行令においても、「就学先決定時における親の意見聴取」が義務づけについてパブリックコメントを実施している最中である（これについては、その後、施行令が改正されて、上記の趣旨の内容が盛り込まれた）。

また、国連による障害者の権利条約が採択されたこと（2006年12月13日）から、今後の種々の動向も踏まえることが必要である。

保護者・家族を支援するシステムの構築

保護者への理解推進や、具体的な子育て方法を習得してもらうための継続的な「保護者・家族総合支援システム」の導入が必要か。子どもを支援する、というのみならず、子どもを含む家族を支援するという視点が大切であろう。

これについては、例えば、行政が直接構築し運営することも考えられるが、行政の支援を受けつつも、NPO等の親の会関係団体に委託し、親の視点から、また、地域の実情に応じたシステムの構築を図っていくことも考えられるか。

例えば、全国組織と支部のような構造があると良いのか。日本自閉症協会、全国LD親の会、NPO法人えじそんくらぶ、NPO法人EDGE、NPO法人アスペ・エルデの会などが中心になって設立され、運営されている日本発達障害ネットワーク（JDDネット）も候補として考えられるか。

本システムの階層性と指針

本システムの構築と運用について、国、都道府県、市町村の関係（役割）の関係の整理が必要であろう。また、本システムを構築し、運用する歳の、総合的なガイドラインの策定が必要であろう。本システム全体版と各自項別が考えられるし、関係者全体向けと対象者別も考えられる。また、地方自治体は、そのような国が示すガイドライン（案）を踏まえて、独自の地方版ガイドラインを策定することが大切か。

本システムのモニター

本システムの運用について、評価、監視、あるいは必要に応じて種々のトラブルに関する調整の機能を持つことが必要か。そのために、第三者機関（例えば、委託を受けたNPO等か）が本システムの運用状況をモニターする必要があるか

国としては、「発達障害の早期発見・早期支援に関する水準の評価、維持、確保に関する総合的なモニター機構の創設」（「発達障害者支援水準評価室」（仮称））が考えられるか。

3. 諸外国の動向

諸外国のモデルとして参考になるものを紹介する。

事例1：アメリカ

IFSP（個別家族支援計画）を作成している。

リージョナルセンター（地域センター）で、さまざまな計画が作成され、運用されている。

パッケージとしてのIFSP、IEP、ITPにより、生後から一貫した連続した支援がなされる仕組みになっている。いずれも法的根拠に基づいてなされる。

事例2：イギリス

サーティフィケート（子どもの5段階への分類）が明確になっている。

途中段階から、IEPが作成され、補助金が得られることになる。

事例3：韓国

IEP（個別化教育計画）が法律（特殊教育振興法）で義務付けられている（1994）。

4. 構想実現のための作業

構想の実現に向けた具体的な作業として、次のことが考えられる。

(1) モデル事業の展開（システム構築と運用）

文科省と厚労省のジョイント事業か。1歳半健診、3歳健診、就学時健康診断も絡むことから特区で行うことも。

(2) 専門家の養成・研修

システムに絡む様々な専門家の養成が必要か。その際には、必要な専門家の専門性の洗い出しと、必要人数や活動内容などのシミュレーションが必要か。文科省と厚労省のジョイント事業か。

(3) 総合的なガイドラインの策定

総合的なガイドラインが必要か。その際には、システム全体と各項目別の2段階か。関係者別の構成（行政、専門家、保護者、他）、国と地方公共団体の役割の明確化も必要か。

軽度発達障害児への気づきのシステム

鳥取大学地域学部

小枝達也

I. 軽度発達障害という用語の意味するもの

まず軽度発達障害とは何かについて説明をしたい。

この用語は、ICD-10 や DSM-VI といった診断の手引き書で定義された用語ではない。公式の会議において議論され定義された用語ではないと考える。したがって、最初に登場した文献や記録等についても正確な情報がない。誰がどのような意図をもって使い始めたのか、よく分からないままに使われ始め、そして広まっていったのだろうと推測される。

この用語は近年の特別支援教育の充実と歩調を合わせる形で使われるようになってきている。つまり、教育的な用語としては特別支援教育のなかで新たに取り入れられた枠組みを示す用語、あるいは通常学級に在籍している発達障害という意味に相当するのではないかと思われる。また福祉分野においても、発達障害者支援法制定の動機は、従前の福祉施策に含まれない障害児者（いわゆる軽度発達障害児者）を対象とした法律を制定したいというのが最初の趣旨であったと記憶している。つまり、福祉的な意味での軽度発達障害は、障害児者に対する福祉施策の狭間に存在していたという意味に相当するであろう。

したがって、上述した2つの立場では、軽度の精神遅滞はいわゆる軽度発達障害には含めないといいことになる。しかし、子どもたちの問題点に気づくという視点でいえば、軽度の精神遅滞の診断を幼児期に確定することは困難であることが多く、保健指導上では注意欠陥/多動性障害（ADHD）や学習障害（LD）、高機能広汎性発達障害（HFPDD）と同様に、とくに留意しないと気づくことが難しい障害であると考えている。

軽度発達障害というカテゴリーの存在意義が、就学前に気づき、就学後の不適応行動を最小限にとどめたいという点にあるとすれば、軽度精神遅滞を軽度発達障害からはずす理由は見当たらない。そこでここではADHD、LD、HFPDD、軽度精神遅滞の4つを軽度発達障害であると定義し、以下にその気づきのシステムについて記述する。

II. 気づきのシステム

1. 発見に適した時期

いわゆる軽度発達障害にとって、早期発見とはいつ頃のことを指すのであろうか？

前述したようにLD、ADHD、HFPDD、軽度精神遅滞では、遅くとも学童期には問題が顕在化してくることが多い。そして心身症や学校不適応、社会不適応などの二次的な不適応へと進展していくという経過をたどる（図1）。

早期発見が重要な理由は、これまでの調査によってLD、ADHD、HFPDDの子どもたちが就学後に学校不適応や心身症の状態に陥ることが少なくないと分かってきたからである。たとえば厚生労働科学研究によって行われた心身症等に関する全国調査の結果がある。表1に示したように心身症や対人関係上のトラブル、睡眠障害、学校不適応などの合併率が著しく高いことが判明している。

小児科を受診する発達障害児には、こうした二次的な不適応が発生しやすく、その予防こそが危

急の課題の一つであると認識されるようになり、予防に向けた方略として早期発見が重要であるとの認識に至ったのである。

図 1 軽度発達障害児に発生しやすい二次的な問題と対処側の問題点

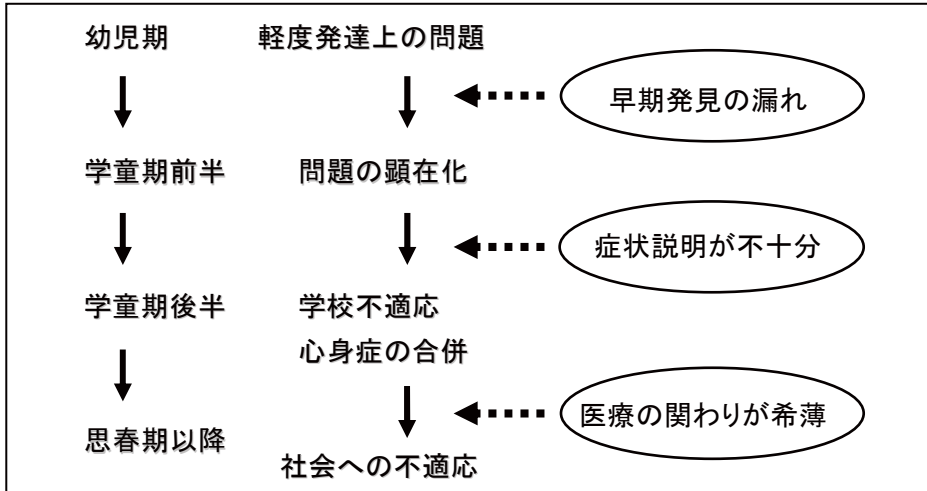


表 1. 小児科を受診した LD、ADHD 児に併存する二次的な不適応行動の割合

	LD (%)	ADHD (%)
心身症	68.4	57.7
対人関係上のトラブル	73.7	67.3
睡眠障害	68.4	57.7
学校不適応	57.7	26.9

学校教育においては特別支援教育の動きが加速化され、教育の現場でも子どもの特性としての発達障害に気づくようという呼びかけが進んできている。しかし、学童期の「気づき」はすでに二次的な不適応の状態であることが少なくないのである。この二次的な不適応を予防するためには、子ども達の発達障害への「気づき」を前倒ししていくことが不可欠であると考えている。遅くとも就学時には、保護者にも指導する側にも子どもの発達特性に対する認識とその対処方法が備わった状態であることが望ましいと考えている。

一方で、これまでの乳幼児健診は、「知的発達の遅れ」の発見に努めてきたのであって、知的発達に遅れはないが落ち着きがない、あるいは対人関係に問題があるといった発達障害に対しては必ずしも感度を高めてきたとはいえないのである。ADHD では行動発達と適応能力、LD では認知能力の歪みと適応能力、HFPDD では社会性の発達と適応能力という 2 つの軸で見えていくことが求められている。したがって、こうした知的な遅れのない発達障害を、現行の乳幼児健診の枠内で見いだしてゆくための技術開発が今後の課題の一つであろう。

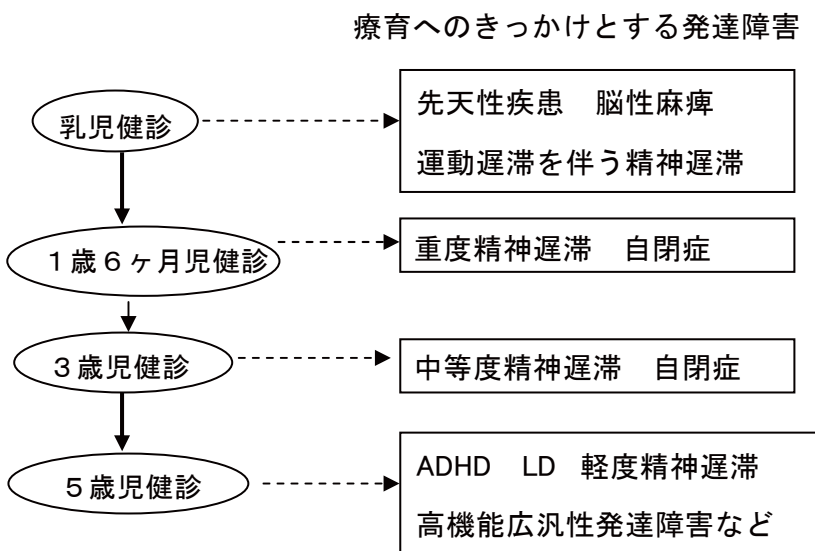
しかし、ここで危惧するのは早期発見という掛け声に押されて、子どもたちに不用意に「疑い」をかけることや安易に「追跡」することが流行するのではないかという点である。

対人関係に問題があるという行動特性は、幼児が集団生活を送っている段階で気づくものであるし、3歳前後の幼児が行う遊びは、平行遊びであることが多く、この段階では対人関係の問題を指

摘することはかなり困難であろうと思われる。年齢的に見えていない問題点を抽出しようとするれば、見逃しを減らすために多くの幼児にその疑いをかけてしまう結果となり、要らざる心配を保護者に与えてしまうことになる。早期発見といっても早ければいいというのではなく、むしろ問題点が見えてくる時期に適正に発見するという「適正発見」という考え方が望ましいのではないだろうか。

実際の問題として ADHD や HFPDD 幼児では 3 歳児健診のあと、保育所や幼稚園で集団生活をするようになってから、急激にさまざまな問題点が指摘されるようになる。多くは「集団行動が取れない、自分勝手な行動が多い、指示が入りにくい、一人遊びが多い」など集団生活を始めるようになって初めてクローズアップされてくる問題なのである。したがってこの時期が発見にとって適正な時期と考えられる。つまり軽度発達障害児に焦点を当てた健診体制の具体案として、3 歳児健診以降から小学校に入学するまでの間、たとえば 5 歳の時点で健診あるいは発達相談を行うのがよいと考えている（図 2）。

図 2 健診体制と療育へのきっかけとする発達障害



2. 5 歳児健診の概要

鳥取県では平成 8 年度より大山町が 5 歳児健診に取り組んだのが最初である。この健診が住民の好評を得て、次第に広がりを見せ、平成 15 年度には鳥取県の市町村の 33.3%、平成 16 年度には 74.4%、平成 19 年度よりすべての市町村が 5 歳児健診あるいは 5 歳児発達相談を実施している。

こういった活動はすべて市町村の自発的な工夫の中で実施されており、鳥取県の対応としては平成 16 年度より鳥取県福祉保健部健康対策課が「5 歳児健診実施体制整備事業」を開始し、医師や保健師に対する技術研修や医師を確保するための連絡調整、健診内容の検討などを行い、スムーズな実施を応援する体制を取っている。

5 歳児健診票はこれまでの乳幼児健診と同じく生育歴や生活に関する質問項目と発達問診項目から構成されている。その中の発達問診項目（表 2）は、①から④は運動発達、⑤から⑧は生活習慣の獲得、⑨から⑫は言語発達の項目となっている。通過率は、ほとんどの項目において通過率が 90% を越えている。5 歳児健診という名称ではあるが、実際には 5 歳代の幼児が対象となっていて受診平均年齢は 5 歳 6 ヶ月であるため、このように通過率が高くなっていると思われる。

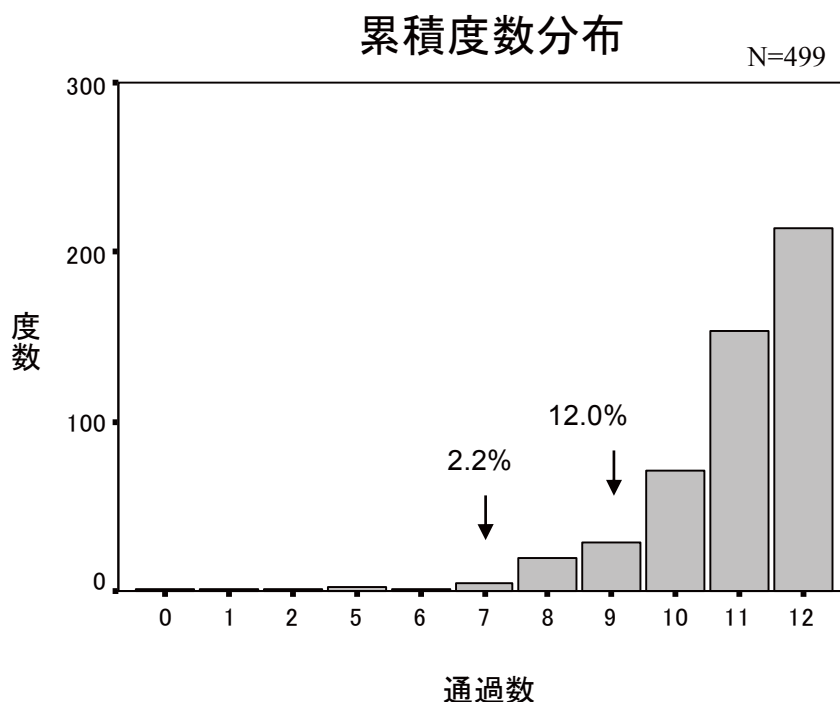
表 2 5 歳児健診発達問診項目

①スキップができる。	(はい・いいえ・不明)
②ブランコがこげる。	(はい・いいえ・不明)
③片足でケンケンができる。	(はい・いいえ・不明)
④お手本を見て四角が書ける。	(はい・いいえ・不明)
⑤大便が一人でできる。	(はい・いいえ・不明)
⑥ボタンのかけはずしができる。	(はい・いいえ・不明)
⑦集団で遊べる。	(はい・いいえ・不明)
⑧家族に言って遊びに行ける。	(はい・いいえ・不明)
⑨ジャンケンの勝敗がわかる。	(はい・いいえ・不明)
⑩自分の名前が読める。	(はい・いいえ・不明)
⑪発音がはっきりしている。	(はい・いいえ・不明)
⑫自分の左右がわかる。	(はい・いいえ・不明)

図 3 にこれまでにおこなった 499 名の累積通過率を示した。前述した 12 ケの発達問診項目のうち通過数が 7 以下であったのは、全体の 2.2% であり、これら全例がすでに精神遅滞や自閉症、染色体異常と診断されていた。また、通過数が 9 以下であったのは全体の 12.0% であった。以上より、鳥取県乳幼児健康診査マニュアルでは、通過数が 7 以下の場合には発達の遅れがあり、9 以下の場合はその疑いとするという基準を設定している。

市部では健診に携わる小児科医のマンパワーに限度があるため、保育所や幼稚園側が発達の遅れや行動上の問題があるのでは、と心配している幼児について保護者に連絡し、保護者が同意した場合に発達相談を受診するという手続きを取っている。市報や口コミなどから保護者自らが、子どもの行動（落ち着きのなさや集中不良、平仮名を覚えられないなど）を心配して受診するケースも増えており、鳥取市の場合で見るとその割合は 80% に達している。

図 3 5 歳児健診における発達問診項目の累積通過率



3. 診察の構造化

健診である以上、発達障害に対する高い専門性を持った医師のみが行うというものであってはならない。小児科医が研修を受ければ誰でも実施が可能な構造化が求められる。

5歳児健診における診察の目的が、認知・行動・社会性の発達を診ることとするならば、会話と指示した所作が行えるかどうかについて評価を行うことが求められる。会話することで言語発達や社会性の発達、共感性などを調べることができるし、指示した所作が行えるかをみれば指示に従う力や所作の適切性や質的なレベルなどを評価することができるからである。以下に5歳児の診察項目とその意義を簡単に記す。

① 会話をする

- ・ 名前、所属の保育所・幼稚園、その組の名称、担任教諭や保育士の名前を尋ねる。
- ・ 保育所あるいは幼稚園のカレーはおいしいか尋ねる。
- ・ 母親のカレーはおいしいか尋ねる。
- ・ 保育所あるいは幼稚園のカレーと母親のカレーとどちらがおいしいか尋ねる。

以上により診察項目の「オリエンテーション」「追想能力」「概観能力」「共感性」「発音」「会話自体の成立」がチェックできる。とくに「保育所あるいは幼稚園のカレーと母親のカレーとどちらがおいしいか尋ね」たときに、母親の顔をうかがう様子が見られなかったり、照れや笑いなどの感情表出が見られない場合には、母子関係が良好であるか、自閉症状が見られないかについて、問診を詳しく行う必要がある。

② 動作模倣

- ・ 模倣；手を横にあげる、手を上げる、手を前に
- ・ 閉眼起立
- ・ バランス；片足立ち（左右）
- ・ 指のタッピング
- ・ 前腕の回内、回外
- ・ 左右手の交互開閉（グーとパーを交互に）

以上により診察項目の「動作模倣」「motor coordination」「指示の入りやすさ」がチェックできる。指示が入りにくい場合には、自閉症やADHD、精神遅滞などを念頭に置く。

③ 物の用途をきく（靴、帽子、お箸、本、時計）

- ・ 靴ってなににするものかな？
- ・ 帽子ってなににするものかな？
- ・ お箸ってなににするものかな？
- ・ 本ってなににするものかな？
- ・ 時計ってなににするものかな？

以上により単語の理解度を推し量ることができ、「言語発達」「知的発達」がチェックできる。「時計」の質問以外は同じ難易度である。正解が2つ以下の場合には発達の遅れを念頭に置く。

④ ジャンケン勝負、しりとりをする

ジャンケン勝負理解は90%の5歳代の幼児が可能である。しりとりは約70%の児が可能である。両方ともできない場合は、発達の遅れがあることを念頭に置くべきである。

⑤ 閉眼について調べる

- ・ 手をひざに置かせて、よーいはじめの号令にて眼を閉じさせる。
- ・ 指示例「手はおひざにポン。先生の眼をよく見て。これから先生がいいよ というまで目を開けちゃあダメだよ。がんばれるかな？ じゃあ、よーい はじめ」

たいていの5歳児は20秒間、閉眼が可能である。途中で開けてしまったり、手をもぞもぞ、動かしたり、体を揺すったり、という自己刺激行動が目立つ場合には、「行動統制力」が弱いと判断する。この場合、自閉症やADHDを念頭に置く。

以上の診察を通して、指示の入りやすさや理解の程度も観察しておく。

⑥ 読字

2文字平仮名单語を3つ読ませる。5歳児では読めなくとも異常ということではない。読字を取り入れたねらいは、しりとり遊びのような音声言語の発達と読字という文字言語の発達の関係を知ることにある。

通常では、しりとり遊びができてから文字が読めるようになるという順序で発達する。しかし、HFPDD児では読字はできるのに、しりとり遊びができないという特徴がある。健常児でも読字が先行することがあるが、時期的な差は小さい。HFPDDでは読字がしりとりによく先行することが多いのである。

また、読字以外の所見ではまったく問題がないのに、読字だけができない、そして文字にまったく興味がないといった場合には、学習障害の *dyslexia* を念頭に置きながら、「就学後にも文字の習得が遅ければ早期に教師に相談するとよい」、といったアドバイスを保護者に返すようにするとよい。

表3には上述した診察手順をまとめた5歳児診察シートを示した。

4. インタビューについて

上記の診察において、会話のズレや共感性の乏しさ、指示の入りにくさ、落ち着きのなさといった所見が得られたときには、表4に示したような質問によるインタビューを行う。

軽度発達障害児の認知特性や行動特性をあぶり出すためには、診察によって疑いを持ち、インタビューによって必要な情報を探り出すという構造が望ましい。このインタビューも立派な診察の一部である。

a)～g)までは対人関係に問題がある幼児によく認められるものであり、h)～l)までは多動な幼児によく見られるものである。

「行動に関する問診」として、予め保護者や保育所、幼稚園担任にチェックしてもらっておくと、診察時間の短縮が期待できる。ただし、これらの項目で該当するものが多いからといってただちに何らかの発達障害があると判断するのではなく、あくまで診察の参考とするにとどめておくことが肝要である。

表3 5歳児健診診察項目表

		項目	1	0	1と判定する目安
1	会話	なんていう保育園ですか？			正確に答える
2	会話	何組ですか？			正確に答える
3	会話	○組の先生の名前は？			正確に答える
4	会話	○組のカレーはおいしいか？			正確に答える
5	会話	お母さんのカレーもおいしいか？			正確に答える
6	会話	○組のカレーとお母さんのカレーとどっちがおいしいか？			母の様子をうかがいながら答える、感情(照れる、笑うなど)の表出が見られる
7	会話	発音の明瞭さ			明瞭であり、聞き返しが不要である
8	動作模倣	両腕を横に挙げる			正確に模倣する
9	動作模倣	両腕を上挙げる			正確に模倣する
10	動作模倣	両腕を前に出す			正確に模倣する
11	Coordination	閉眼起立			ステップを踏まない
12	Coordination	片足立ち(右)			3秒片足で立てる
13	Coordination	片足立ち(左)			3秒片足で立てる
14	Coordination	片足ケンケン(右)			5回以上連続して可能
15	Coordination	片足ケンケン(左)			5回以上連続して可能
16	Coordination	指のタッピング(右)			ミラーが出ない
17	Coordination	指のタッピング(左)			ミラーが出ない
18	Coordination	前腕の回内・回外(右)			回内・回外になっている
19	Coordination	前腕の回内・回外(左)			回内・回外になっている
20	Coordination	左右手の交互開閉			交互に開閉できる(3往復)
21	概念	帽子って何するものかな？			かぶるもの
22	概念	クツって何するものかな？			はくもの
23	概念	お箸って何するものかな？			ごはんを食べるもの
24	概念	本って何するものかな？			読むもの
25	概念	時計って何するものかな？			時間を見るもの
26	概念	右手をあげてください			右手を挙げる
27	概念	左手をあげてください			左手を挙げる
28	概念	ジャンケンをする(3回)			3回とも正確に勝ち負けがわかる
29	概念	しりとりをする(3往復)			3往復、しりとりが正確に出来る
30	Motor impersistence	「いいよ」って言うまで目をつむってください			20秒間閉眼可能
31	Motor impersistence	「いいよ」って言うまで目をつむってください			自己刺激がない

表4 インタビューで用いる行動に関する質問の例

a) テレビの場面やコマーシャルを極端に怖がったり、あるいは逆に極端に好んだりする。(例；天気予報が大好きで一日に何回も見ると)
b) 狭いところでブツブツいいながら一人あそびを好む。
c) 数字や平仮名が、とても早い時期から読める。 (「しりとり」ができるよりも相当早くから)
d) 親に対してとても丁寧な言葉を使う。
e) 方言を使うことが少ない。
f) 目の前にいる相手の気にしていることを平気で指摘したりする。
g) 初めてあった大人でも、ものおじせず話しかける。
h) 目の前にあるものに触らずにはいられない、といったことがよくある。
i) 食事の時などじっと座ってられない。
j) 思いつくとしゃべらずにはいられない、といった感じがある。
k) 遊びであっても根気が続かないと思うことがある。
l) 公園や大きなお店で迷子になったことがある。

Ⅲ. 5歳児健診で得られたもの

1. 軽度発達障害児の頻度

鳥取県で実施された平成16年度の5歳児健診には24町村の1069名のうち1015名(94.5%)が受診した。有所見児のうち助言指導を除いた149名分のデータを解析した結果、軽度発達障害児の頻度は5.6%であった(表5)。また、知的発達が境界域あるいは軽度精神遅滞が疑われる児は37名(3.6%)であり、合わせると9.3%となった。平成17年度に行われた鳥取県の5歳児健診では、県内15町村の対象児1404名のうち1359名(受診率96.8%)が受診した。有所見児のうち助言指導を除いた251名分のデータを解析した結果、注意欠陥多動性障害(疑いを含む)60名(4.7%)、広汎性発達障害(疑いを含む)30名(2.4%)、学習障害(疑いを含む)2名(0.2%)、境界域の知的発達あるいは軽度精神遅滞が疑われる児35名(2.8%)を把握することができ、計9.6%(122名)という出現頻度であった(表5)。

表5 軽度発達障害児の出現頻度

5歳児健診受診者総数	平成16年度(1015名)	平成17年度(1359名)
学習障害(疑いを含む)	1(0.1%)	2(0.2%)
ADHD(疑いを含む)	37(3.6%)	60(4.7%)
広汎性発達障害(疑いを含む)	19(1.9%)	30(2.4%)
精神遅滞(疑いを含む)	37(3.6%)	35(2.8%)
計	94(9.3%)	127(9.6%)

2年間の全県規模の疫学調査により、いわゆる軽度発達障害の発生頻度は9~10%であろうと考えられた。文部科学省特別支援教育課の調査によれば、学齢児でLD、ADHD、HFPDDと考えられる特徴を示す子ども達の割合は6.3%であると報告されており、鳥取県の5歳児健診結果から得られた出現頻度もこの報告の結果と類似したものであった。ただ、5歳児健診ではLDの発見には

対応できていないことにも留意する必要がある。たとえ5歳児健診であっても、就学前の段階で読み書き計算の能力を予見的にチェックすることは困難であった。やはりその年齢に見合った気づきの方略が必要なのであろう。

また、鳥取市における5歳児発達相談（隔月で半日4時間程度実施）で軽度発達障害と診断されたあるいはその疑いが持たれた児の割合は、平成16年度が1.4%、平成17年度が1.3%であった（表6）。発生頻度からみて発達相談では、悉皆健診の1/6程度の発見に留まると推定された。

表6 5歳児発達相談での発見率

	16年度	17年度
LD(疑いを含む)	0	0
ADHD(疑いを含む)	0.8	0.7
PDD(疑いを含む)	0.1	0.3
軽度MR(疑いを含む)	0.6	0.6
計	1.4%	1.3%

2. 3歳児健診と関係

こうした軽度発達障害疑い児が3歳児健診においてどのように評価されていたかを平成16年度調査から明らかにした（表7）。発達障害の種類によって多少の違いはあるものの、3歳児健診では何の問題も指摘されていない症例が多いことが判明している。また、3歳児健診で指摘された問題点の内容を見ると、ほとんどが言語発達の遅れに関するものであった。逆に見れば、3歳児健診で言葉の遅れを指摘しても、それは障害の特異性に欠ける指摘であるということになる。当然ながら、中には健常児であることもあり、3歳児健診で言葉の遅れを指摘しても、その将来像においてじつに多彩な子ども像がありえるということを小児科医は想定しておくべきである。

表7 3歳児健診での結果

	3健で指摘なし	3健で指摘あり	未受診・不明
学習障害(疑いを含む)	0名	1名	0名
ADHD(疑いを含む)	18	12	7
広汎性発達障害(疑いを含む)	6	8	5
精神遅滞(疑いを含む)	16	17	4

3. 5歳児健診の感度と特異度

鳥取県西部地区で行った平成17年度の5歳児健診の結果をまとめた。受診した児276名中24例(8.7%)が軽度発達障害を疑われた。軽度精神遅滞疑い児(10例)は、全般的に通過率が低く、特に会話と概念、上肢および下肢の協調運動の通過率が不良であった。ADHD疑い児(9例)は行動制御と上肢の協調運動、概念の通過が不良であった。PDD疑い児(4例)は、会話と上肢の協調運動、行動制御の通過が不良であった。

A町で過去8年間に実施した5歳児健診受健児(279名)の家族にアンケート調査を行った(有効回答数232(83.2%))。発達障害の診断が医療・療育機関からなされているのは9名(3.9%)であった: ADHD3、PDD2、LD2、MR2。5歳児健診の感度は66.7%、特異度は85.2%であった。5歳児健診をきっかけに「発達障害に気づき」、現在、学校・家庭での適応が良好である例も確認でき

た。5歳児健診に対する家族の満足度（100点満点）が高かく、80点以上は71.2%であった。

4. 費用対効果

費用対効果分析では、増分便益費用比は28.7、つまり健診によってかかる費用の増加分の28.7倍便益が多いことが示され、5歳児健診は費用対効果的であると結論づけられた。この際の増分便益は3005億円、増分費用は193億円で、増分純便益は2812億円であった。1QALY獲得に必要な費用は38.5万円であり、非常に安価であった。感度分析として、不確実性の高い小児のQOLに関して行くと、増分便益費用比は8.36～36.13であり、増分純便益は746億円～3563億円、1QALY獲得に必要な費用は30.8～123.3万円であった。結論として、5歳児健診は非常に費用対効果的に優れており、その便益も3000億円を超えていると推定される。

IV. 事後相談と指導体制

1. 事後相談

上述してきたように、ADHD、LD、HFPDDの多くは、3歳児健診で発見することは困難であると思われる。一方、年齢的に発達障害という診断は困難であっても、保護者が感じている育てにくさには留意する必要がある。鳥取県での1歳6ヶ月時健診や3歳児健診ではこうした子育ての楽しさを調査している。「子育てが楽しいか」という質問に対し、1歳6ヶ月児健診では0.8%、3歳児健診では1.4%の保護者が子育てが楽しくないと回答しており、子育てが楽しくないと答えた保護者の子どもは、楽しいと答えた保護者の子どもに比べて、有意に発達が遅いという結果も得られている。したがって保護者の不安を把握し、励まし、育児の方向づけなどを行うことこそが重要なのではないかと考える。

そのためには健診だけではなく、その後に行う事後相談を一つのパッケージとして、母子保健活動の核にしていくことを提案したい。事後相談としては子育て相談と心理発達相談、教育相談の3つが適当ではないかと思われる（表8）。

表8 3つの事後相談機能

子育て相談	保育士	<ul style="list-style-type: none"> •子育て一般に関する相談と情報提供 •子育て環境のアセスメント(虐待を意識) •心理発達相談へつなぐ
心理発達相談	心理士	<ul style="list-style-type: none"> •発達に関するアセスメント •発達に関する相談と情報提供 •療育・教育相談へつなぐ
教育相談	教師	<ul style="list-style-type: none"> •就学に関する相談とつなぎ •学校と保護者との意見調整と情報伝達 •地域特性を考慮した教育アセスメント

子育て相談は保育士が担当し、発達障害に限らず、子育て一般の悩みなどにも対応する。その中で虐待も意識しながら関わる。本人の病的な素因が大きいと思われる幼児に関しては、心理発達相談へつなぐ。心理発達相談は発達診断のできる心理士が担当し、子どもの発達評価を行う。必要

に応じて診療や療育の場を紹介する。また、福祉サービスの案内も行う。就学が近い年齢になれば、教育相談へとつなぐ。教育相談は障害児を担当した経験のある教師が行い、児の特性や保育所、幼稚園で培った児への関わり方を入学予定の学校へ連絡し、学校教育をどのように構築するかについて保護者との意見調整を行う。3歳児健診までは子育て相談と心理発達相談を行い、5歳児健診ではさらに教育相談を加えることによって、就学への連携を図るという体制がよいのではないかと考えている。これら3つの事後相談は、原則として個別相談で予約制とし、プライバシーの保護や時間の確保に配慮する。相談は健診を行った市町村の保健センターなどが望ましく、保育所や幼稚園との連携協力が必要な場合は、保護者の同意の上で相談の場に担当者が同席するとよい。

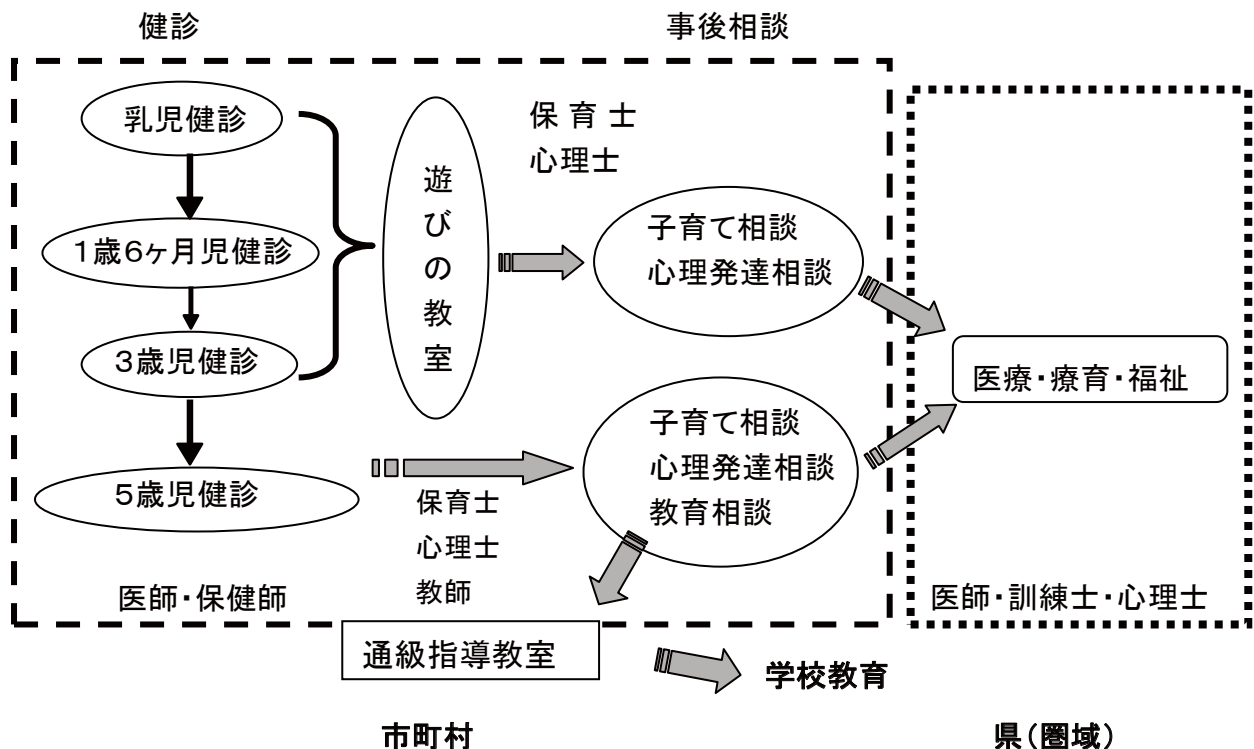
2. 指導体制

このような健診を起点として事後相談によって診断が可能な年齢になるまでつないでいくというシステムにより、保護者も指導する側も児の特性を知り、関わり方を会得し、そして就学を無理なくスムーズに迎えること、これが学校不適応を減らすために必要な条件だろうと考えている。こうした体制は、学校教育の中で ADHD や LD などに焦点を当てた特別支援教育体制ともつながっていくことができる。ADHD、LD や HFPDD に限らず、軽度の精神遅滞児、あるいは純粋に情緒的な問題の幼児もこうしたシステムの中で適正に見いだされ、医療的、教育的な支援を受けることが期待できると考えている。

平成 18 年 4 月より学校教育法が改正となった。いわゆる軽度発達障害児が通級指導教室で指導を受ける対象となった。こうした動きがひろがり、就学前の幼児に対する指導の受け皿となることを期待したい（図 4）。

今後の課題としては、システムを十分に機能させる専門性のある保育士、子どもの発達を理解している心理士、そして地域の特性を理解し、広く意見を聞きながら調整できる教師などの人材養成が急務であろう。

図 4 軽度発達障害児の発見とその後の支援体制に関するモデル図



特別支援幼児教室による早期支援の取組 ～乳幼児期からの一貫した相談・支援体制を目指して～

松江市立雑賀幼稚園（前松江市教育委員会）

秦 昌子

I 松江市の現状

- 1 自治体の規模 人口約19万5千人
- 2 学校数
 - ・保育所 47所（内；公立14所）
 - ・幼稚園 31園（内；公立27園）
 - ・小学校 34校（国立1校 公立34校）
 - ・中学校 18校（国立1校 公立15校 私立2校）
 - ・高等学校11校
 - ・特別支援学校5校（盲・ろう・知的・肢体不自由・病弱）
- 3 特徴 本市は県庁所在地であり県内の他市町村に比べ、教育機関、医療機関などは恵まれている。しかしながら、幼児の発達に関する相談ができる場や療育施設は十分とは言えない。そこで本市では、乳幼児期からの一貫した相談・支援体制を構築していく必要があると考え、以下のような取組を行っている。

II 出生から保育所・幼稚園入園までの相談・支援

1 発達健康相談（発達クリニック）の実施（昭和54年に開設）

市内全ての乳幼児を対象として行われている1.6歳及び3歳児健康診断において、健診時に発達状況が気にかかる子どもについては、保護者へ「発達健康相談」を勧めている。脳神経小児科医、大学教授、臨床心理士、保健師がスタッフとなり、発育に関する個別相談を実施している。

2 相談後の対応

保健師が中心となり発達健康相談の継続や次のような場の利用を勧めている。

- ・松江市心身障害児地域小規模療育活動「なかよし教室」における療育活動の実施
- ・集団の場の活用…年齢に応じて療育施設、保育所の一時保育、幼稚園3歳児保育
- ・特別支援幼児教室への通級等

また、保護者の了解が得られる場合は、対象となる子どもの情報を保育所・幼稚園などの関係機関に伝えている。

III 就学前までの各機関における障害等のある乳幼児の受け入れ

1 保育所における障害児等の受け入れ及び支援

公立保育所では、発達促進保育検討委員会を開催、保育士の加配や発達状況等の協議を行い、障害等のある乳幼児の支援にあたっている。

私立保育所では、各保育所の担当医等からのアドバイスにより市へ申請し、保育士の加配や施設

の整備に関する費用の補助を受け、障害等のある乳幼児の保育を行っている。

2 療育施設における支援

障害児通園事業（ふじのみ園など3箇所で開催）…支援費制度対象

障害のある幼児（満2歳～就学前）が、通園しながら障害の程度に応じ必要な療育を受けることができる。

3 公立幼稚園における障害児等の受け入れ及び支援

障害のあるなしにかかわらず入園希望のあった全ての幼児を受け入れている。障害等があり入園について事前に保護者から相談があった場合や、入園前の面接や健康診断等から支援が必要と思われる場合は「特別支援教育指導員」や「特別支援教育介助員」の配置を検討し、支援を行う。

また公立幼稚園においては、小中学校と同様に特別支援教育コーディネーターの指名及び園内委員会（小中学校の校内委員会にあたるもの）を設置し、特別支援教育の推進に努めている。

IV 「特別支援幼児教室」及び「ほっと相談室」の設置とその取組

本市では、特別な支援を必要とする幼児の支援には、通常の保育の場での受け入れ体制を充実させるだけでなく、個別的・重点的な指導や援助を行うことのできる体制が不可欠であると考えた。

そこで、従来から公立幼稚園に設置していた難聴・言語障害幼児学級並びに情緒障害幼児学級を、平成13年度に「特別支援幼児教室」（以下「幼児教室」という）と改め、個別・専門的な支援を行う場としてスタートした。

さらに幼児期の発達相談や就学相談については、各関係機関がそれぞれ個別的・独立的に行う傾向にあり、保護者は、どこでどんな相談ができるのか迷ったり、複数の場でそれぞれの指導を受け、かえって混乱してしまうこともあった。そこで障害等のある子どもたちとその保護者にとって、幼児期から一貫した相談ができるよう「ほっと相談室」を設け、他機関との連携をもちながら相談・支援を行っている。

1 「ほっと相談室」

公立幼稚園2園を特別支援幼児教育ステーションとして位置づけ、「ほっと相談室」を設置、担当者（チーフコーディネーター）を配置し、早期からの相談を実施している。

主な相談内容

- ・言葉の発達が気になる、集団になじめない等子どもの発達に関する相談。
- ・保育所・幼稚園に通っている（或いは入園を希望する）子どもの中で、障害等の何らかの困難さがある幼児への支援について。
- ・就学に関わる相談。 等

主な相談者

- ・保護者自身による相談
- ・幼稚園・保育所の職員からの相談
- ・保健師や医師の紹介による相談
- ・前述の「発達健康相談」からの継続相談
- ・幼稚園・保育所からの紹介による相談 等

担当者の役割

- ・相談者にとって必要な支援をコーディネートする。
例；具体的な支援方法を相談者と一緒に考えアドバイスを行う。
「幼児教室」や医療施設、療育施設、幼稚園、保育所等の紹介
- ・医療、福祉、保健、特別支援学校、小学校通級指導教室等との連携
- ・就学に関わる相談や調査の実施（市より就学審議会調査員を委嘱）

2 「特別支援幼児教室」

特別支援幼児教育ステーションの2園およびサテライトとしての2園に幼児教室を設置している。
(現在4園に6教室設置)

指導体制；対象幼児の実態や保護者のニーズを考慮し、一週間に数時間から1日単位での個別指導を行う。

通級幼児の状況

- ・日常的には保育所・幼稚園・療育施設等に在籍或いは通所している障害等のある幼児。
- ・在宅の幼児で、心身の発達に気にかかるところがある幼児、或いは障害のある幼児。

参考；平成19年2月現在 通級幼児数 52名

内；ダウン症等の障害や知的発達遅滞があると考えられる幼児 25名

自閉症など情緒障害があると考えられる幼児 6名

構音障害・吃音・難聴等の幼児 12名

広汎性発達障害の診断や発達障害の傾向のある幼児 9名

(*二分脊椎症、慢性心疾患、色素性沈着症等のある幼児も含まれている)

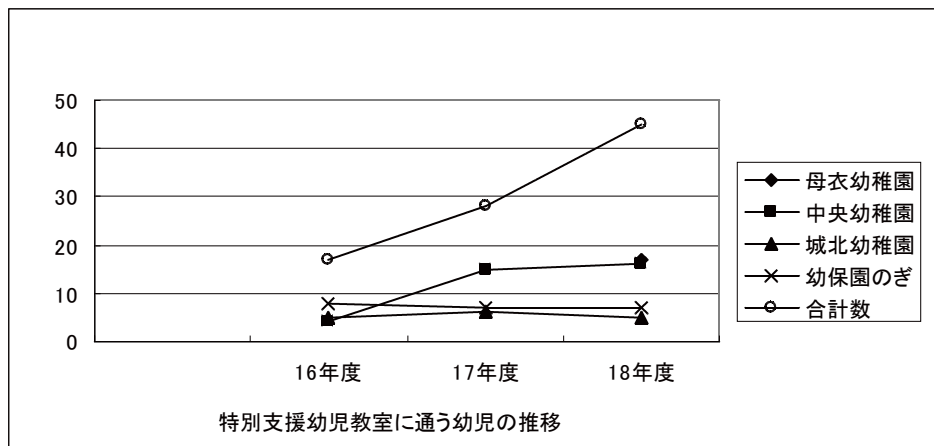
担当者の役割

- ・「ほっと相談室」での相談後、継続した個別の指導が必要と考えられる場合、保護者の希望により通級を開始する。幼稚園・保育所等に在籍している幼児については、所属長と連絡を取り、手続きを行ってもらう。
- ・指導に当たっては、保護者や在籍の幼稚園・保育所と連携を図り、幼児の実態を把握し「個別の指導計画」を立案し、個別の指導を行う。さらに個別の場での様子を在籍園・所に伝え、支援に関するアドバイスを行う。
- ・保護者のいろいろな悩みや思いを受け止め、子育て大変さを共感しながら保護者への支援を行う。
- ・「ほっと相談室」と連携を図り、ケース会議や相談・支援についての研修等を行う。
- ・市より松江市特別支援教育相談員の委嘱を受け、就学相談につなぐ教育相談を行う。

ほっと相談室及び特別支援幼児教室利用者数について(4園6教室)

平成18年度利用人数(在籍別など)、支援内容 (2月現在)

	設置幼稚園名	名称	業務内容	職員数	H18利用数
1	母衣幼稚園 (ステーション)	ほっと相談室	教育相談	3人	130件
		りすA組	通級指導		6名
		りすB組	通級指導		14名
2	中央幼稚園 (ステーション)	ほっと相談室	教育相談	3人	67件
		さくらんぼ教室	通級指導		13名
		どんぐり教室	通級指導		6名
3	城北幼稚園	ひかり学級	通級指導	1人	7名
4	幼保育園のぎ	こすもす組	通級指導	1人	6名



V 内地留学制度（「松江市幼稚園教員特別支援教育長期研修派遣事業」）による指導者の育成

昭和49年度より、障害児教育の専門的な研修のために、幼稚園教員を半年或いは1年間島根大学等へ派遣。これにより専門的な知識や指導方法を身に付けた教員が複数の幼稚園に在籍し、「幼児教室」「ほっと相談室」の担当者や各幼稚園の特別支援教育コーディネーターとして職務に当たっている。

- * 研修内容
 - ・ 大学教授の指導を受けながら、研修者自身がテーマを決めて研究を行う。
 - ・ 大学の講義の受講
 - ・ 市内外の特別支援教育に関わる関係機関や施設の見学・視察
 - ・ 必要に応じ各自で各種研究会・研修会に参加 等

* 実績 H18年度末で27名が研修済み

(園長1名、教頭10名、指導主事2名、幼児教室担当4名、通常の学級3名、退職者7名)

- * 効果
 - ・ 研修を受けた職員が複数の園に配置されている。特別支援教育コーディネーターとして園内の特別支援教育の中核となって障害等のある幼児に必要な支援を行っている。
 - ・ 管理職にも研修を受けた者が多く、各幼稚園での指導者として、特別支援教育を充実させていく上で理解が得られやすい。

VI 「個別の教育支援計画」及び「個別の指導計画」の作成と活用

本市では、幼児教室通級児及び各幼稚園において支援が必要な幼児に対し、「個別の指導計画」を立案すると共に保護者の希望により「個別の教育支援計画」を作成し支援にあたっている。

また、幼児教室通級児については、通級の場合だけでなくその幼児の在籍する幼稚園や保育所においても「個別の指導計画」を立てている。幼児教室担当者やチーフコーディネーターが在籍園のコーディネーターと連絡を取り、幼児教室での様子を伝え、どのような支援を行っていくのか協議している。

さらに、「個別の教育支援計画」作成にあたってはその作成会議に幼児教室担当者やチーフコーディネーターが同席し、情報提供を行っている。

Ⅶ 情報管理…「まつえしサポートファイルだんだん」の作成と活用

一人一人の子どもの支援を考える際、これまでどのような発達をしてきているか、どのような支援が行われてきたのかといった情報は、重要な手がかりとなる。

そこで本市では、子どもの発達に関わる情報を管理するための個人ファイルとして「まつえしサポートファイルだんだん」を作成した。

これは、保護者に、対象児のプロフィールや「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」成長や発達の様子、相談記録、診断や検査結果などをファイリング・保管してもらうものである。

そして保護者には、必要に応じて情報提供してもらい、新たに支援を行う機関においては、その提供された情報をもとに早期からの支援を行うというシステムである。

現在、発達健康相談やほっと相談室、幼児教室の利用者や、入園や就学に関わる相談を実施した子どもの保護者、各親の会会員等に配布し活用してもらっている。

利用者からは、相談してきたことが保護者として整理ができる、これまでどんな様子だったか理解してもらえ、スムーズな就学ができた等報告をいただいている。

今後は、保護者や子ども達が継続した支援を受けることができるよう、このファイルの積極的な活用を勧めていきたい。

Ⅷ 今後の取組について

近年の状況から、本市でも発達障害のある子ども達への支援が急がれる。様々な困難を抱え、子ども達がどのような困り感を感じており、どんな支援が必要なのか、幼児期からしっかりと考えていく必要がある。幼稚園・保育所の職員に対しても発達障害に関する研修会をもち、日常生活の中での直接子ども達に接している教師や保育者が子どもの困っている状況に気づき、より早くより適確な支援を行ってもらえるよう、理解と啓発に努めていきたい。

現在松江市においても教育・医療・福祉・保健等が発達障害に関わる相談や研修会等を開催する機会が増え、また、県内に設置された発達障害者支援センターによる相談会や研修会もスタートした。家庭や地域においても発達障害等のある子ども達への理解と支援を広く求めていきたい。